Ein Fall

von

Atresia vaginalis mit Hämatometra.

Inaugural-Dissertation

welche

unter Zustimmung der hochlöblichen medicinischen Facultät zu Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

einreicht und

am 15. März 1880

öffentlich vertheidigen wird

Otto Koeppler, prakt. Arzt
in Friedland in Mecklenburg.

MARBURG.
Druck von C. L. Pfeil.
1880.

Nachfolgender Fall, der in der Marburger gynäkologischen Anstalt behandelt worden ist, wurde mir vom Herrn Prof. Dr. Dohrn zur Veröffentlichung überlassen. Für diese Freundlichkeit spreche ich meinem hochverehrten Lehrer meinen herzlichen Dank aus.

A. L., 18 Jahre alt, wurde am 11. Februar d. J. von Herrn Dr. W. in H. der gynäkologischen Klinik zu Marburg überwiesen. Patientin will früher stets gesund gewesen sein; im Monat Mai 1879 habe sie zuerst eine Geschwulst im Unterleib bemerkt, die seit der Zeit alle vier Wochen an Umfang zugenommen habe. Die Menstruation hätte sich noch nie gezeigt, aber in regelmässigen Zwischenräumen von vier Wochen habe sie seit einigen Monaten starke Schmerzen und Druck im Unterleib gefühlt. Eine Anschwellung der Beine habe nie bestanden.

Patientin ist von mittlerer Grösse. Der Ernährungszustand ist gut, doch ist die Hautfarbe sehr blass. Der Pannic. adip. der Bauchdecken ist stark entwickelt, die Spannung derselben ziemlich straff. Das Abdomen ist von einer Wölbung wie bei einer im fünften Monat Schwangeren. In der rechten Seite des Abdomens war ein Tumor durchzufühlen von der Grösse eines schwangeren Uterus in der Mitte der Gravidität. Derselbe fühlte sich prall an, gab indess kein deutliches Fluctuationsgefühl. Seine Oberfläche war glatt, Empfindlichkeit bei Betastung bestand nicht. Die Bauchdecken konnten über demselben verschoben werden. Der Tumor verjüngte sich nach rechts oben, jedoch waren

wegen der Dicke der Bauchdecken die Form und die Grenzen des Tumors nach dieser Richtung hin nicht genau zu palpiren. Auch ergab die Percussiou keinen genauen Aufschluss darüber, weil Darmschlingen nach rechts oben den Tumor überlagerten.

An den Schamlippen zeigte sich nichts Abnormes. Am Eingang in die Schamspalte erschien ein kleiner Schleimhautwulst, der als Hymen angesprochen werden musste. Im Scheideneingang sah man eine dünne Blase von bläulicher Farbe bauschig hervorgetrieben, hinter welcher Flüssigkeit durchschimmerte. Diese Blase verschloss den Eingang in die Vagina vollständig.

Aus diesem Befunde, sowie aus der Anamnese war mit Sicherheit zu schliessen, dass über der die Vagina verschliessenden Membran sich das menstruale Blut angesammelt hatte, und durch die bei jeder neuen Menstruation sich vermehrende Blutmenge erst die Vagina und dann der Uterus erweitert und mit Blut angefüllt worden war, ein Zustand, der uns als Hämatometra bekannt ist. Ob dieser gleiche Zustand auch in dem rechten Eileiter Platz gegriffen hatte, war nicht sicher zu diagnosticiren, da die Conturen des sich nach rechts oben verjüngenden Tumors nicht genau zu palpiren waren und ein stärkeres Betasten nach Stellung obiger Diagnose für gefährlich gelten musste. Jedoch lag die Vermuthung einer rechtsseitigen Hämatosalpinx sehr nahe.

Es wurde die Eröffnung der verschliessenden Membran beschlossen. Am nächsten Tage, 12. Februar, wurde in der Chloroformnarkose mit einem mässig weiten Troikart die prall hervorgetriebene Blase durchstochen. Es wurden 820 Cubikcentimeter dicken, schwarzrothen Blutes entleert.

Die von Dr. Schottelius im hiesigen pathologischen Institute vorgenommene histologische Untersuchung desselben ergab wie folgt:

Es handelt sich zumeist um rothe und weisse Blutkörperchen, welche sich zum bei weitem grössten Theil bereits seit längerer Zeit in nekrobiotischem Zustande befinden müssen. Dieselben erscheinen verfettet oder selbst zu Körnchenkugeln zerfallen. Die rothen Blutkörperchen sind mit zahlreichen Vacuolen versehen, die weissen durch diffundirten Blutfarbstoff blass-gelb gefärbt. Dabei bemerkt man neben grösseren Conglomeraten besonders stark veränderter Blutkörperchen vereinzelte, welche wenig verändert frischeren Blutungen zu entstammen scheinen. In dem stark schleimhaltigen Serum, welches die ganze Blutmasse nicht geronnen, sondern in schmierig-syrupartiger Consistenz erscheinen lässt, finden sich ausserdem zahlreiche Cholesterin- und Margarincrystalle. Blutcrystalle wurden nicht aufgefunden. —

Die Entleerung des Blutes ging langsam vor sich und parallel mit dem Abfluss desselben nahm der Tumor im Abdomen ab, bis er nicht mehr fühlbar war.

Pat. befand sich nach der Operation ganz wohl, fühlte keine zerrenden Schmerzen im Abdomen.

12. Febr. Abends T. 36,8 P. 76. Urin wurde mit dem Katheter abgenommen. Pat. schlief die Nacht gut.

13. Febr., Morgens T. 37,1 P. 96.

Abends T. 37,5 P. 96.

Es war noch viel dunkles Blut aus der Stichöffnung nachgesickert. Befinden sonst gut, keine Schmerzen im Unterleibe. Abends wird Urin wieder mit dem Katheter entleert.

14. Febr. Pat. hat eine gute Nacht gehabt; spontane Urinentleerung und Stuhlgang.

Morgens T. 36,3 P. 84.

Abends T. 37,0 P. 84.

15. Febr. Bei völligem Wohlbefinden konnte Pat. auf einige Stunden das Bett verlassen. Als sie sich wieder ins Bett legen wollte, erfolgte ein geringer Blutabgang.

Morgens T. 36,6 P. 72.
Abends T. 36,8 P. 72.

16. Febr. Zur Dilatation der mit dem Troikart erzeugten Oeffnung wurde in dieselbe ein Tupelostift eingelegt. Derselbe blieb, ohne Schmerzen zu verursachen, bis zum Abend liegen. Nach seiner Herausnahme, wobei er sich gut aufgequollen zeigte, floss noch in mässig reichlicher Menge dunkles Blut ab.

17. Febr. Bei gutem Befinden wurde Pat. noch einer genauen Untersuchung unterworfen. Die Oeffnung in der Verschlussmembran zeigte sich so gross, dass sie gerade die Spitze des Zeigefingers passiren lässt. Zur Vergrösserung dieser Oeffnung wurde die Membran noch durch eine Incision nach rechts gespalten. Nach den anderen Seiten wurden keine Incisionen gemacht, um die Virginität der Theile nicht mehr als nöthig zu stören. Es zeigte sich, dass die früher durch das herabdrängende Blut zu einer feinen Lamelle verdünnte Membran sich jetzt bis zu einem verdickten flächenhaften Rande von 1 Cent. Höhe retrahirt hatte.

18. Febr. Pat. wurde als geheilt entlassen.

Der vorliegende Fall muss als eine Atresia vaginalis angesprochen werden und soll ein casuistischer Beitrag sein zu den in der Literatur nicht sehr zahlreich veröffentlichten Fällen dieser Art. Einen ähnlichen Fall, wie der unsrige ist, hat Dohrn im Archiv für Gynäkologie X beschrieben.

Ehe über die Entwicklung des Hymens exacte Untersuchungen angestellt waren, hat man die Imperforation desselben für eine nicht der seltensten Abnormitäten dieses Gebildes gehalten und in Folge dessen solche Fälle wie den unsrigen für einen imperforirten Hymen angesehen, über dem sich das Menstrualblut angesammelt hat. Und zu dieser Annahme hat man noch leichter kommen können, wenn die Verwachsung der Vaginalwände sehr tief, dicht über dem

introitus vaginae sass und man dabei nicht einmal Reste des Hymens entdecken konnte.

Aber durch die Untersuchungen der Neuzeit*) sind wir belehrt worden, dass die Entwicklung des Hymens in die Mitte des Embryonallebens fällt, freilich aber sehr bald nachher der Hymenalsaum schon in der Gestalt vorhanden ist, wie wir ihn beim neugebornen Kinde finden. Je später aber im Embryonalleben, desto weniger haben die Theile Neigung zu verwachsen, da die Wandungen der in Betracht kommenden Kanäle nicht mehr so fest an einander liegen wie in der früheren Zeit und ausserdem die sie überkleidenden Schleimhäute durch ihre in dieser Zeit schon verhältnissmässig reichliche Secretion die Neigung zu Verwachsungen beeinträchtigen.

In unserm Falle aber vollends haben wir es sicher nicht mit einem imperforirten Hymen, sondern mit einer wirklichen Atresie der Vaginalwände zu thun, da vor der hervorgetriebenen Membran an der hinteren Vaginalwand im introitus vaginae eine ringförmige Schleimhautfalte zu erkennen war, die mit Recht als Hymenalklappe betrachtet werden konnte.

Solche Atresien der Vagina werden vielleicht am leichtesten in den untern Theilen der Scheide entstehen können, da dort die Müller'schen Gänge zuerst zusammentreffen. Ein für die Verwachsung günstiges Moment geben ferner die vor der Hymenalbildung entstehenden querverlaufenden Falten, die gelegentlich sägezahnartig in die Falten der gegenüberliegenden Vaginalwand eingreifen.

Die flächenhaften Verwachsungen hönnen dann später durch den continuirlichen, bei jeder Menstruation sich verstärkenden Druck zu einer dünnen durchscheinenden Membran

---

*) cf. Dohrn. Schriften der Gesellschaft zur Beförderung der gesammten Naturwissenschaften zu Marburg. Kassel 1875.

ausgedehnt werden und damit ist dann die Hämatometra gegeben.

Wie häufig eine oder selbst beide Tuben an einer solchen Erkrankung theilnehmen d. h. von gleicher Flüssigkeit sackförmig ausgedehnt und erfüllt sind, das ist noch nicht statistisch sicher festgestellt. Aber nachdem man die enorme Wichtigkeit der Mitbetheiligung der Tuben für das Leben der Patientinnen erkannt hat, sind einschlagende Fälle mehrfach ausführlich beschrieben worden, theils mit einseitiger, theils mit doppelseitiger Hämatosalpinx.

Ueber das causale Verhältniss der Hämatometra und der Hämatosalpinx spricht sich Hausmann dahin aus, dass die Erkrankung der Tube nicht die Folge einer mechanischen Rückstauung vom Uterus her sei, sondern die Hämatosalpinx als ein der Erkrankung des Uterus gleichwerthiger Process zu erachten sei. Woher soll aber das Blut in der Tube stammen? Nach unsern Ansichten über die Menstruation kommt das Blut bei diesem Vorgange nur aus der Uterinschleimhaut, die bei eintretender Hyperämie und Schwellung leicht zum Platzen geneigt ist, weil sie auf der starren Unterlage der Musculatur des Uterus liegt. Dieses die Blutung begünstigende und bedingende Moment ist aber für die Tubarschleimhaut nicht in gleicher Weise vorhanden, weil die Wand der Tuben einen weichen, biegsamen, geschlängelten Kanal bildet. Ich möchte daher als sicher annehmen, dass bei Hämatosalpinx eine Rückstauung vom Uterus her stattgefunden hat; und ganz besonders scheint mir diese Annahme für die Fälle nöthig zu sein, in denen es sich um eine einseitige Hämatosalpinx handelt. Liegt nämlich, wie Hausmann annimmt, eine Disposition der Tubarschleimhaut zu Blutungen vor, so sollte man doch wohl glauben, dass dieselbe rechter- wie linkerseits in gleicher Weise vorhanden wäre.

Durch die Ausdehnung des Uterus und ausserdem durch den Druck des sich ansammelnden Blutes wird sich die Tubenöffnung etwas erweitern und damit die Möglichkeit gegeben sein, dass ganz allmählich durch den steten Druck Flüssigkeit in die Tube eintreten kann. Auch der von Dohrn veröffentlichte Fall beweist eine bestehende Communication. Warum nun aber in dem einen Falle von Hämatometra die rechte Tube, in dem andern die linke oder warum nicht beide gleichmässig ergriffen werden, darüber wage ich noch kein Urtheil zu fällen.

Nun sei es mir noch erlaubt, über die Operation der mit Hämatometra verbundenen Atresien der Vagina ein kurzes Wort zu sagen. — So einfach die Operation besonders bei tiefem Sitze der Verschlussmembran auch erscheint, so hat man doch zu allen Zeiten so ungünstige Resultate erzielt, dass ältere Operateure wie Morgagni und später Boyer und Dupuytren die Operation der Hämatometra überhaupt vermieden wissen wollen; und auch unsere neueren Gynäkologen wie Veit, Schröder, Hegar u. A. machen auf die ungünstige Prognose aufmerksam. Dieser Ausfall beruht wohl öfter auf stattgefundener Verletzung der Nachbarorgane und ferner auf nachfolgender Infection. Nach meiner Ansicht aber wird ein geschickter Operateur stets die Verletzung der benachbarten Theile wie Harnblase, Mastdarm und Bauchfell vermeiden können, und auch bei der jetzigen antiseptischen Methode wird die Gefahr der Infection bei diesem kleinen operativen Eingriff für gering gehalten werden können. Vielmehr beruht die Gefahr darauf, dass, wenn neben der Hämatometra ein- oder doppelseitige Hämatosalpinx besteht, die Tubenwand, sei es dass sie durch starke Blutansammlung sehr weit ausgedehnt und verdünnt ist, sei es dass sie degenerirt ist, platzt und den Inhalt in die Bauchhöhle eintreten lässt. Solche Rupturen der ausgedehnten Tuben können spontan oder auch durch manche

äussere Veranlassung wie Druck der Bauchpresse oder Manipulationen des Arztes eintreten.

Ist die Tube mit erkrankt, so kann sie mit ihren Nachbarorganen oder mit der vorderen Bauchwand Verwachsungen eingegangen sein und diese Complication bringt dann bei der Operation bedeutende Gefahr mit sich. —

Die Furcht vor der spontanen oder durch Gelegenheitsursachen herbeigeführten Ruptur der Hämatosalpinx muss uns entschieden dazu auffordern, die Operation der mit obiger Erkrankung verbundenen Hämatometra nicht zu lange hinauszuschieben. Aber auch bei nicht lange verschobener Operation hat man oft einen ungünstigen Ausgang gesehen, und es muss dann angenommen werden, dass die Tubenwand, was man ja nicht diagnosticiren kann, schon zu sehr verdünnt war oder durch entzündlichen Process leicht zerreisslich oder brüchig geworden war, oder es bestanden nicht zu erkennende Adhäsionen mit Nachbartheilen, die gezerrt oder zerrissen wurden, wenn der entleerte Uterus nach unten sich gesenkt hatte, und dadurch einen starken Zug auf die erkrankte adhärente Tube ausübte.

Hausmann glaubt die Gefahr der Berstung der Tube bei der Operation vermeiden zu können, wenn er vorschlägt, die Tuben, wenn sie von der Scheide aus am besten zugänglich sind, von hier aus stets zuerst und wenn möglich einige Tage nach Beendigung der blutlosen Regel zu entleeren, die Atresie der Vagina aber unmittelbar darauf oder spätestens vor der ersten Wiederkehr der Menstruation zu operiren, um einer erneuten Fluxion des sich sonst wieder sofort anfüllenden Eileiters vorzubeugen. Wenn die angefüllte Tube mit der vorderen Bauchwand verwachsen erkannt wird, will Hausmann sie unter Carbolnebel durch Punction durch die Bauchdecken hindurch entleeren und dann erst an die Operation der Hämatometra gehen.

Jedoch eine solche vorausgeschickte Entleerung der Tube erscheint mir keineswegs ungefährlich, denn es wird doch oft kaum möglich sein zu constatiren, wie ausgedehnt die Verwachsungen des Tubarschlauches mit dem Peritonäum sind. Bei der Entleerung kann die Tube zurücksinken und ihr Inhalt sich in die Bauchhöhle ergiessen. Ist der Pannic. adip. der Bauchdecken stark entwickelt, so ist ausserdem die Punction der nicht sehr stark ausgedehnten Tube nicht einmal mit voller Sicherheit auszuführen.

Endlich aber ist die Punction der Tube noch dadurch gefahrvoll, dass man die Dicke des schlauchförmig ausgedehnten Organes doch gewiss nicht immer genau berechnen kann und ein Durchstossen des Troikarts durch die ganze, nur mässig ausgedehnte Tube doch denkbar wäre.

Diese Gefahren sind nach meiner Ansicht bei der Punction der Tube doch vorhanden und keineswegs gering anzuschlagen. Ich meine deshalb, dass es besser ist, die Hämatometra möglichst bald wegen der Gefahr der Berstung der mitergriffenen Tube von der Scheide aus zu operiren. Jedoch erscheint es mir durchaus rathsam einen möglichst feinen Troikart anzuwenden und die Flüssigkeit ganz langsam abzulassen, damit die Zerrung der angefüllten und möglicherweise verwachsenen Tube so allmählich und gelinde, wie es nur irgend geht, ausfällt. Wenn man Verwachsungen der Hämatosalpinx mit Nachbarorganen sicher constatiren kann, so würde es sogar gut sein, nach einem Vorschlage von Halbertsma zu handeln, nämlich die Flüssigkeit der Vagina und des Uterus in verschiedenen Sitzungen abzulassen. Die Verwachsungen können sich in der Zwischenzeit etwas dehnen, und ist eine Zerreissung derselben und der Tube dadurch leichter zu vermeiden.

Der von Dohrn im Archiv für Gynäkologie X veröffentlichte Fall ermuthigt entschieden dazu, die Punction der Tube ganz zu unterlassen.

Unser Fall, wo eine Ausdehnung der rechten Tube allerdings nicht ganz sicher constatirt werden konnte, aber sehr wahrscheinlich vorlag, kann zwar über diese Frage auf unser Urtheil nicht bestimmend einwirken, jedoch erschien er mir immerhin der Veröffentlichung werth, weil unsere Literatur nicht sehr reich ist an Beispielen von reiner Vaginalatresie und ausserdem zur Beurtheilung der Prognose für die Operation von der Vagina aus einen weiteren Beitrag liefert.

Thesen.

I.

Die enucleatio bulbi ist bei sympathischer Augenentzündung der neurotomia opticociliaris vorzuziehen.

II.

Die Punction der mit Hämatometra verbundenen Hämatosalpinx ist zu widerrathen.

III.

Die Pneumonia crouposa ist als eine Infectionskrankheit aufzufassen.

Hans Louis Otto Koeppler, Sohn des verstorbenen Secretairs Louis Koeppler und seiner Ehegattin Wilhelmine, geb. Guiard, wurde den 14. Juli 1849 zu Neuensund bei Strassburg in der Uckermark geboren. Ich gehöre der evangelischen Confession an.

Nach einer kurzen Vorbildung wurde ich in die Stadtschule zu Strassburg gebracht und von dort Ostern 1861 auf das Gymnasium zu Friedland in Mecklenburg. Nach 7jährigem Besuche verliess ich dasselbe und ging Ostern 1868 auf das Gymnasium zu Anclam in Pommern, woselbst ich Ostern 1870 das Maturitatsexamen absolvirte.

Darauf bezog ich die Hochschule Jena, um mich dem Studium der Medicin zu widmen, und blieb daselbst drei Semester. Die nächsten zwei Semester studirte ich in Berlin und ging dann nach Marburg. Hier bestand ich im Wintersemester 1872/73 das tentamen physicum und nachdem ich hierselbst meine Studien ununterbrochen fortgesetzt hatte, absolvirte ich im Frühjahr 1875 das medicinische Staatsexamen. Seit dem Herbste 1875 bin ich in Friedland in Mecklenburg als practischer Arzt thätig.

Meine academischen Lehrer waren die Herren Professoren und Doctoren

in Jena: Gegenbaur, Geuther, Häckel, Preyer, Scheffer, Strassburger,

in Berlin: Du Bois, Hartmann, Munk, Reichardt,

in Marburg: Beneke, Dohrn, Falk, Ferber, Gasser, Hüter, Külz, Lahs, Lieberkühn, Mannkopff, Nasse, Roser, Schmidt-Rimpler.